

特別養護老人ホーム日の出紫苑 料金表

(令和 5 年 7 月 1 日改定)

(1) 基本料金

自己負担割合については、介護保険負担割合証でご確認ください。

介護福祉施設サービス費Ⅰ・Ⅱ（従来型個室・従来型多床室）

要介護度	1日あたりの自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	573 円	1,146 円	1,719 円
要介護2	641 円	1,282 円	1,923 円
要介護3	712 円	1,424 円	2,136 円
要介護4	780 円	1,560 円	2,340 円
要介護5	847 円	1,694 円	2,541 円

※ 上記金額に×1.045 円（地域区分）の金額となります。

(2) 主な加算料金 ※施設の職員体制や取り組みなどによってお支払い頂く料金です。

*の印のある加算は、科学的介護情報システム（LIFE）に情報提供し、フィードバックを受けた場合の算定されます。

<体制加算>

	1日あたりの自己負担額（月あたりの加算は月を記載）		
	1割負担	2割負担	3割負担
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36 円	72 円	108 円
安全対策体制加算	20 円/入所時に 1 回	40 円/入所時に 1 回	60 円/入所時に 1 回
*栄養マネジメント強化加算	11 円	22 円	33 円
*科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 円/月	100 円/月	150 円/月
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4 円	8 円	12 円
看護体制加算(Ⅱ)ロ	8 円	16 円	24 円
夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ	16 円	32 円	48 円
精神科医療指導加算	5 円	10 円	15 円
サービス提供体制加算（Ⅲ）	6 円	12 円	18 円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 円	24 円	36 円
*個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 円/月	40 円/月	60 円/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	100 円/月	200 円/月	300 円/月
*口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 円/月	220 円/月	330 円/月
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 円	8 円	12 円

※日常生活継続支援加算を算定する場合、サービス提供体制加算は算定されません。

※上記金額に×1.045 円（地域区分）の金額となります。

<個別加算>

	1 日あたりの自己負担額（月あたりの加算は月を記載）		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
初期加算 （入所した日から 30 日以内）	30 円	60 円	180 円
入院または外泊時加算 （1 ヶ月のうち 6 日を限度）	246 円	492 円	738 円
配置医師緊急時対応加算	650 円／回（早朝・ 夜間の場合） 1,300 円／回（深夜 の場合）	1,300 円／回（早朝・ 夜間の場合） 2,600 円／回（深夜の 場合）	1,950 円／回（早朝・ 夜間の場合） 3,900 円／回（深夜の 場合）
療養食加算	6 円／食	12 円／食	18 円／食
経口移行加算 （原則 180 日を限度）	28 円	56 円	84 円
経口維持加算（Ⅰ）	400 円／月	800 円／月	1,200 円／月
経口維持加算（Ⅱ）	100 円／月	200 円／月	300 円／月
若年性認知症入所者受入加算	120 円	240 円	360 円
再入所時栄養連携加算 （1 回を限度）	200 円／回	400 円／回	600 円／回
* 排せつ支援加算（Ⅰ）	10 円／月	20 円／月	30 円／月
* 排せつ支援加算（Ⅱ）	15 円／月	30 円／月	45 円／月
* 排せつ支援加算（Ⅲ）	20 円／月	40 円／月	60 円／月
* 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円／月	6 円／月	9 円／月
* 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 円／月	26 円／月	39 円／月
* 自立支援促進加算	300 円／月	600 円／月	900 円／月
* ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 円／月	60 円／月	90 円／月
* ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 円／月	120 円／月	180 円／月
看取り介護加算（Ⅱ）	72 円 死亡日以前 31～45 日	144 円 死亡日以前 31～45 日	216 円 死亡日以前 31～45 日

看取り介護加算（Ⅱ）	144 円 死亡日以前 4～30 日	288 円 死亡日以前 4～30 日	432 円 死亡日以前 4～30 日
看取り介護加算（Ⅱ）	780 円 死亡日の前日、 前々日	1,560 円 死亡日の前日、 前々日	2,340 円 死亡日の前日、 前々日
看取り介護加算（Ⅱ）	1,580 円 死亡日	3,160 円 死亡日	4,740 円 死亡日

※上記金額に×1.045 円（地域区分）の金額となります。

（その他加算）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	自己負担合計金額 ×8.3%×1.045 円
介護職員等特定処遇加算（Ⅰ）	自己負担合計金額 ×2.7%×1.045 円
介護職員等ベースアップ等 支援加算	自己負担合計金額 ×1.6%×1.045 円

※端数処理の為、多少金額が変動します。

（３）居住費

居室	1 日あたりの居住費
2 人部屋多床室	855 円
個室	1,400 円

（４）食費

1 食あたりの自己負担金	朝食 500 円 昼食 700 円 夕食 650 円
--------------	----------------------------

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、居住費および食費が、認定証に記載された金額まで減額されます。

※入院や外泊時において、7 日目以降も居室の確保を希望された場合、入院および外泊当日の居住費をお支払いただきます。

（５）その他の日常生活費

項 目	内 容	金 額
預かり金管理	預かり金の管理代（年金証書・通帳・有価証券など）	日額 165 円
日用品費	日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが 適当であるものの費用	日額 148 円～日額 173 円
個人家電・電気代	テレビ・冷蔵庫・pc 他	日額 50 円

	テレビ（レンタルの場合）	日額 150 円
理美容	カット	1 回 1,700 円
クラブ費	クラフトクラブ（毎週火曜）	1 回 250 円
	書道クラブ（第 2・第 4 月曜）	1 回 150 円
	園芸クラブ（毎週水曜日）	1 回 300 円
	カラオケクラブ（第 2 木曜日）	無料(ドリンク等は実費)
買い物代行	入院時の物品等購入代行	1 回 1,000 円
ドリンクバー	フリードリンク形式	1 回 60 円
おやつ屋台	屋台形式で手作りおやつの提供 （月 2 回実施）	1 食 100 円
クッキング教室	第 1 月曜日	1 回 600 円
生協加入事務手数料	生協に加入代行及び注文代行をした場合	1 回 500 円
入院セット	入院当日に必要な物品セット	1 セット 5,000 円
入院時洗濯代行サービス	入院中の洗濯代行	1 回 2,000 円

（6）※高額介護サービス費、特定入所者介護サービス費制度

同じ世帯内で同じ月に受けた介護サービス費用の 1 割～3 割負担の合計額が、一ヶ月あたりにおいて、一定の上限額を超えた時は、超えた分が申請により高額介護サービス費として払い戻されます。また、居住費と食費の負担額も所得段階に応じた上限額が下記の通り設定されています。

高額介護サービス費、特定入所者介護サービス制度適用時利用料一覧表

<個室の場合>

所得段階 区 分	1 月あたりの利用料概算（1 ヶ月を 31 日とした場合）				プラス その他の費用
	介護保険 1 割から 3 割負担	居住費	食費	合計	
第 4 段階	介護度別による負担 金額（1 割～3 割）	43,400 円	57,350 円	1 割：約 132,800 円 2 割：約 162,800 円 3 割：約 192,800 円	上記参照
第 3 段階①	24,600 円	25,420 円	20,150 円	70,170 円	
第 3 段階②	24,600 円	25,420 円	42,160 円	92,180 円	
第 2 段階	15,000 円	13,020 円	12,090 円	40,110 円	
第 1 段階	0 円～15,000 円	0 円	0 円～9,300 円	0 円～24,300 円	

※その他の費用として、お薬代などがかかる場合があります。

＜多床室の場合＞

所得段階 区 分	1 月あたりの利用料概算（1 ヶ月を 3 1 日とした場合）				プラス その他の 費用
	介護保険 1 割から 3 割負担	居住費	食費	合計	
第 4 段階	介護度別による負担 金額（1 割～3 割）	26,505 円	57,350 円	1 割：約 114,500 円 2 割：約 144,500 円 3 割：約 174,500 円	上記参照
第 3 段階①	24,600 円	11,470 円	20,150 円	56,220 円	
第 3 段階②	24,600 円	11,470 円	42,160 円	78,230 円	
第 2 段階	15,000 円	11,470 円	12,090 円	38,560 円	
第 1 段階	0 円～15,000 円	0 円	0 円～9,300 円	0 円～24,300 円	

※その他の費用として、お薬代などがかかる場合があります。

＜所得区分＞

第 4 段階：住民税を課税されている方。本人は非課税だが、配偶者が住民税課税者である方。

第 3 段階①：世帯全員が住民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下の方。また、本人および配偶者の預貯金等の資産額の合計が、1,550 万円以下の方。（配偶者がいない場合は、本人の預貯金等の資産額の合計が、550 万円以下の方。）

第 3 段階②：世帯全員が住民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120 万円を超える方。また、本人および配偶者の預貯金等の資産額の合計が、1,500 万円以下の方。（配偶者がいない場合は、本人の預貯金等の資産額の合計が、500 万円以下の方。）

第 2 段階：世帯全員が住民税非課税で前年の合計所得金額と課税年金額の合計が 80 万円以下の方。また、本人および配偶者の預貯金等の資産額の合計が、1,650 万円以下の方。（配偶者がいない場合は、本人の預貯金等の資産額の合計が、650 万円以下の方。）

第 1 段階：生活保護受給者の方、または老齢福祉年金受給者の方。

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをしてください

ふりがな 申込書ご記入 の方のお名前	入所申込 者ご本人と の関係		☐ 配偶者 ☐ 子(同居・別居) ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()										
ふりがな 入所申込者ご 本人のお名前	被保険者番号												
	性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	明 大 昭	年	月	日	満	歳				
住 所	〒 -			この申込書 についての 問い合わせ先	☐ 自宅 ☐ 自宅以外() 電 話 - -								
要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ※要介護1・2の場合は、裏面「特例入所に関する事由」にご記入ください。												
同居の方につい て	☐ ひとり暮らし ☐ ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) ☐ ご夫婦以外に同居者がいる												
主に介護してい る方について	・介護する方は、 ☐ いる ☐ いない ・主に介護する方は、 ☐ 健康 ☐ 病弱 ☐ 病気で治療中 ☐ 障害がある ・主に介護する方は、 ☐ 働いている ☐ 働いていない												
介護を手伝う方 について	・介護を手伝う方は、 ☐ いる ☐ いない 手伝う方がいる場合、その方は ☐ 親族 ☐ 近所の方 ☐ その以外の方()												
お住まいについ て	・今のお住まいは、 ☐ 自宅 ☐ 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が ☐ ある ☐ ない ☐ 立ち退きを求められている ☐ 家屋の老朽化が著しい												
介護する上での 住宅の問題に ついて	☐ エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる ☐ 自分の部屋がない ☐ 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある ☐ 立ち退きを求められている ☐ 家屋の老朽化が著しい												
その他あてはま るもの	☐ 徘徊 ☐ 暴力行為 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 大声や奇声 ☐ その他の行為(具体的な内容) ☐ 医療器具を使っている(具体的な内容) ☐ 病気がある(病名)												

現在受けている介護や治療のようす

ご自宅以外での 介護や治療 ※自宅にいらっ しゃる方は記入は 結構です	・現在おられるのは、 ☐ 病院 ☐ 老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ ケアハウス ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ その他() ○施設の名称 ○入所・入院開始日 年 月 日～											
ケアプランなど について	・ケアプランは、 ☐ 作っている ☐ 作っていない ・相談できる介護支援専門員は、 ☐ いる ☐ いない ○介護支援専門員の氏名 ○事業所名称 電話 - -											
在宅サービスに ついて	・在宅サービスは、 ☐ 使っている ☐ 使っていない ・今後の利用は、 ☐ 今のままでよい ☐ もっと増やしたい ☐ サービスや使い方を改善したい (具体的な内容)											

特例入所に関する事由(要介護1・2の場合は、ご記入ください。)

特例入所の要件	☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。 ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。 ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。
所見欄	※ 具体的な状況を記載して下さい。

特別養護老人ホーム

施設長 様

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書兼調査書にある内容を保険者・地域包括支援センター・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名

印